



---

# **Universidad de Valladolid**

## **Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales**

**Grado en ECONOMÍA**

### **Determinantes de la salud: una perspectiva de género.**

Presentado por:

***Beatriz Sampedro Díaz de Greñu***

Tutelado por (a cumplimentar voluntariamente):

***Carmen García Prieto***

*Valladolid, 29 de Junio de 2016*

## **AGRADECIMIENTOS**

Primero, quiero expresar mis más sinceros agradecimientos a mi tutora, Carmen García Prieto, sin su dirección este trabajo no hubiera sido posible. Sus conocimientos, sus orientaciones y su forma de trabajar, siempre con una sonrisa, han sido fundamentales.

De igual manera a todos los profesores de la Universidad de Valladolid cuyo empeño también se refleja en este trabajo.

Quiero dar las gracias a mi familia y amigos, que me han apoyado todos estos años.

A papá, por sus sabios consejos y apoyo incondicional.

A mamá, que, a pesar de la distancia, siempre ha estado y estará cuando se la necesita.

A mi hermana, por ser un ejemplo a seguir.

A Miguel Mateo Nájera, que ha sabido entenderme y aguantarme estos últimos 5 años.

Por último, no podría olvidarme de mis compañeros y amigos que han hecho que Valladolid también fuera mi hogar. A Marta González, Alejandra Navarro y Dunia Conde que han estado a mi lado desde la primera clase de Introducción a la Economía. Un especial agradecimiento a Ana Nozal, mi compañera de piso y de batallas, mi mano derecha estos últimos años.

## **ÍNDICE:**

1. INTRODUCCIÓN .....	1
2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD A PARTIR DE LA ENSE 2011/2012 .....	2
2.1 METODOLOGÍA .....	5
2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO .....	7
2.3 ANÁLISIS ECONÓMETRICO .....	23
3. CONCLUSIONES .....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	32

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS:**

<b>Gráfico 1:</b> Salud buena desagregada por sexo y tramos de edad .....	9
<b>Gráfico 2:</b> Salud mala desagregada por sexo y tramos de edad.....	9
<b>Gráfico 3:</b> Diferencias en la salud percibida entre hombres y mujeres .....	10
<b>Gráfico 4:</b> Diferencias entre hombres y mujeres en la salud percibida .....	11
<b>Gráfico 5:</b> Diferencias en la salud mental entre hombres y mujeres .....	12
<b>Gráfico 6:</b> Diferencias de salud entre nacionales y extranjeros.....	14
<b>Gráfico 7:</b> Diferencias de edad entre nacionales y extranjeros .....	14
<b>Gráfico 8:</b> Diferencias de salud por niveles educativos.....	16
<b>Gráfico 9:</b> Diferencias de salud por niveles educativos en los hombres .....	17
<b>Gráfico 10:</b> Diferencias de salud por niveles educativos en mujeres .....	17
<b>Gráfico 11:</b> Diferencias de salud por ocupación.....	21
<b>Gráfico 12:</b> Diferencias de salud en la población inactiva .....	21
<b>Gráfico 13:</b> Diferencias de salud por clase sociales.....	22

## **ÍNDICE DE TABLAS:**

<b>Tabla 1:</b> Análisis descriptivo de variables discretas de la muestra de la ENSE 2011/2012.....	10
<b>Tabla 2:</b> Definición de variables y estadística descriptiva de la muestra.....	27
<b>Tabla 3:</b> Estimación de la salud percibida.....	27

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar los determinantes del estado de salud de los españoles desde una perspectiva de género. Para ello, se ha realizado un estudio transversal de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012. En primer lugar, se ha elaborado un estudio descriptivo por sexo, edad, nacionalidad, nivel educativo y ocupación. En segundo lugar, se han empleado modelos econométricos para explicar el estado de salud percibida por los individuos y sus diferencias en función de un conjunto de variables que se ha considerado que pueden originar desigualdades en el estado de salud. Además, se ha repetido la estimación para ambos sexos por separado. Usando estos recursos, los resultados permiten concluir que la educación, la ocupación y la clase social como aproximación al nivel de renta, son fundamentales a la hora de explicar las desigualdades en salud. El nivel educativo y poseer una renta baja se ha asociado a una peor salud percibida y a mayores diferencias de género.

**Palabras clave:** *salud, desigualdades en salud, género, política social.*

## ABSTRACT

The purpose of this research is to study the health condition of Spanish society from a gender perspective. In order to do this, a cross sectional study of the National Health Survey 2011/2012 has been done. First, a descriptive analysis has been conducted including gender, age, nationality, educational level and occupation. After that, various econometric models have been used to explain the health condition of individuals and their differences according to a set of variables that could cause inequalities. In addition, new estimations have been conducted for female and male genders separately. Results show that education, occupation and social class –as a proxy of the income level- are extremely important to explain health's inequalities. A low degree of education and income level have been associated with a worse health condition, and higher gender differences.

**Key words:** *health, inequalities in health, gender, social and gender politics.*

**Clasificación JEL:** I18, I12, C35

## 1. INTRODUCCIÓN

La crisis económica que está atravesando España y, buena parte del mundo desde el año 2007, ha tenido como consecuencia fuertes políticas de ajuste del gasto público. La sanidad no ha sido una excepción y en los últimos años ha tenido que hacer frente a fuertes recortes. En este contexto, dado que los recursos son escasos, es necesario planificar cuál es el mejor destino al que dirigirlos. Para ello, en el ámbito de la política sanitaria, resulta esencial conocer el estado de salud de la población y sus determinantes.

Durante muchos años, la salud ha sido definida como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, en 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud en su Carta Constitucional o Carta Magna como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades”*. Por tanto, se deduce que la salud es un proceso complejo que engloba factores biológicos, sociales y medioambientales en el que el género, por su interrelación con todos ellos, también va a ser un factor a tener en cuenta.

Para la correcta planificación de las políticas sanitarias, además de conocer las necesidades y el estado de salud de la población, también es importante conocer las particularidades de grupos específicos con el fin de no caer en desigualdades. Lo cierto es que las mujeres representan más de la mitad de la población a nivel mundial, por lo que abogar por eliminar las desigualdades de género en materia de salud es una prioridad.

La OMS insiste en que, a pesar de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida (en promedio es aproximadamente 7 años mayor que la de los hombres), en la mayoría de los países tienen una calidad de vida inferior a la del sexo opuesto. La realidad es que las desigualdades de género persisten y éstas acaban por desembocar en desigualdades en la salud.

El trabajo que aquí se presenta tiene el objetivo de analizar el efecto de diferentes determinantes en la salud de la población española, desde la óptica de las diferencias entre hombres y mujeres. Para ello, se han utilizado los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012 (ENSE 2011/2012). En primer lugar, se ha realizado un análisis estadístico con el objetivo de encontrar patrones que expliquen las diferencias en la salud de una misma población. Posteriormente, con el objeto de encontrar relaciones significativas entre el estado de salud y sus posibles

determinantes, se ha realizado una regresión econométrica. Para terminar, se han analizado los resultados y obtenido las conclusiones pertinentes.

## **2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD A PARTIR DE LA ENSE 2011/2012**

Para poder diseñar las líneas de actuación, en lo que a política sanitaria se refiere, es necesario conocer el estado de salud de la población. En este contexto, las encuestas de salud son una herramienta muy útil para poder analizar, no solo el estado de salud, sino también las necesidades que las personas tienen en materia de salud. En España, la primera encuesta de salud se realizó en 1986 en Cataluña: la Encuesta de Salud de Barcelona. Actualmente, a nivel estatal, la encuesta de salud más importante es la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), que se elabora por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Este trabajo trata de estudiar algunos determinantes que influyen en la salud de los españoles a partir del estudio de la ENSE 2011/2012. La encuesta se compone de 26.502 entrevistas realizadas a 21.007 adultos (se considera adultos a las personas mayores de 15 años) y 5.495 menores y se compone de tres cuestionarios: cuestionario de hogares, de adultos y de menores. Además, dichos cuestionarios están divididos en cuatro grandes áreas para facilitar su estudio: sociodemográfica, estado de salud, utilización de los servicios sanitarios y determinantes de la salud.

El propósito último de este trabajo es analizar el estado de salud de los españoles desde una perspectiva de género. Según la OMS, a nivel mundial, las mujeres presentan una esperanza de vida mayor que los hombres. Sin embargo, en la mayoría de los países, la calidad de vida de las mujeres es inferior a la del sexo masculino. Esta paradoja de mayor longevidad pero peor estado de salud es una de las cuestiones que más preocupan a la OMS. Según esta organización, el hecho de que todavía existan desigualdades de género acaba por generar desigualdades en la salud. Estos son algunos factores que explican el por qué existen desigualdades en salud entre hombres y mujeres:

1. La función reproductora de la mujer. A pesar de los avances logrados en materia de maternidad, como señala la OMS, todos los días 1600 mujeres

mueren por complicaciones en el embarazo o parto. En torno al 99% de la mortalidad materna tiene lugar en países en desarrollo. Por otra parte, no hay que olvidar las prácticas abortivas peligrosas, sobre todo entre las adolescentes, que contribuyen al padecimiento de problemas de salud de larga duración y al incremento de la mortalidad materna.

2. El sometimiento a violencia de género. Este factor es especialmente relevante puesto que es independiente del grado de desarrollo del país y nivel económico o clase social de las personas. La violencia de género está extendida por todo el mundo, se calcula que el 35% de la población femenina ha sufrido alguna vez algún tipo de violencia de género y que, en torno al 38% de las mujeres asesinadas murieron a manos de sus parejas. Es evidente que cualquier tipo de violencia tiene impacto negativo para la salud. Por una parte, la violencia física ocasiona traumatismos, embarazos no deseados, abortos inducidos o espontáneos o enfermedades infecciosas. La OMS señala que las mujeres maltratadas tienen 1,5 más de probabilidades de contraer enfermedades infecciosas de transmisión sexual. De hecho, a nivel mundial, el VIH constituye la primera causa de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva. Por la otra, todo tipo de violencia deteriora la salud mental. A este respecto, estudios afirman que las mujeres sometidas a violencia de género tienen el doble de probabilidades de sufrir depresión y/o trastornos asociados al consumo de alcohol.

3. Diferencias biológicas entre hombres y mujeres. La realidad es que, desde un punto de vista puramente biológico, existen diferencias entre hombres y mujeres. En primer lugar, los sistemas reproductivos: el cuerpo de la mujer está preparado para concebir y por ello, como se ha mencionado anteriormente, el embarazo y parto entrañan un riesgo para su salud. En segundo lugar, también existen diferencias hormonales, genéticas y metabólicas. Así por ejemplo, estudios afirman que los hombres tienen mayor propensión biológica a padecer enfermedades cardiovasculares, mientras que las mujeres tienen una mayor incidencia de trastornos depresivos o alimenticios (Artazcoz, 2002). Por último,



se han observado algunas diferencias en las pautas de comportamiento entre hombres y mujeres. La OMS señala que, a pesar de que las tasas de tabaquismo son más bajas en las mujeres, a ellas les cuesta más dejar de fumar y son más susceptibles a recaídas. A todo ello, hay que sumar que el consumo de tabaco entre la población femenina se ha disparado en los países en desarrollo.

4. Asimetría de poder entre hombres y mujeres: los roles sociales. Según Artazcoz (2002) los roles sociales determinados por el sexo son los responsables de la mayor morbilidad femenina. En este ámbito, la combinación de la vida familiar y laboral es un aspecto clave a la hora de explicar las diferencias en el estado de salud según el sexo. A partir de la segunda mitad del siglo XX, el rol de la mujer se modifica. Al incorporarse al mercado laboral, la mujer comienza a soportar también las cargas económicas del hogar, pero no se produce una redistribución equitativa de las tareas domésticas. A este fenómeno se le conoce con el nombre de “doble jornada”, puesto que la mujer tiene que hacer frente a dos jornadas laborales y a una doble responsabilidad. En el caso de España, predomina el trabajo remunerado a tiempo completo, que ha hecho que se produjera el fenómeno de la “doble jornada”. Además, la estructura poblacional española tiene forma de pirámide invertida, esto es, hay más personas mayores que jóvenes. En este contexto, la mujer tiene que afrontar no sólo su jornada laboral y doméstica (incluyendo el cuidado de los hijos), sino también hacerse cargo de personas mayores de la familia que necesiten ser atendidas o incluso el cuidado de los nietos. El resultado ha sido una sobrecarga para la mujer y la dificultad de conciliar vida laboral y familiar.

Por otra parte, en el ámbito laboral, también existen roles diferentes para hombres y mujeres que influyen en sus respectivos estados de salud. La Organización Panamericana de la Salud denomina segregación ocupacional a la división del trabajo en función del género y distingue entre segregación horizontal y vertical (Lasheras Lozano, Pires Alcaide y Rodríguez Jimena). La segregación horizontal, se refiere a la existencia de ocupaciones donde existe una mayor proporción de hombres o de

mujeres. Por ejemplo, tradicionalmente, los trabajos de los hombres se han asociado a mayor fuerza física, mientras que las mujeres formaban parte de cadenas de montaje en grandes fábricas. Consecuentemente, los hombres han sido más susceptibles a sufrir lesiones o accidentes laborales y las mujeres a padecer fatiga o dolores articulares en sus manos. En lo referente a la segregación vertical, implica una división jerárquica del poder por razón de género: los hombres habitualmente ocupan cargos de mayor responsabilidad y prestigio que las mujeres.

Además, también es importante tener en cuenta la perspectiva de género tanto a la hora de diseñar como de analizar encuestas de salud, puesto que influye en algunas variables sociodemográficas. Como ya se ha mencionado, el nivel de estudios o situación laboral afectan especialmente a la salud de las mujeres. Asimismo, es interesante conocer el estado civil, concretamente, si el encuestado vive en pareja o no. Algunos autores sostienen que, mientras para los hombres la convivencia en pareja refuerza su salud, para las mujeres puede suponer un deterioro puesto que aumenta su carga de trabajo (Rohlf, Borrell, Anitua, Artazcoz, Colomer, 2000). La ENSE 2011/2012 incorpora la variable A12 que proporciona información sobre la composición del hogar. Sin embargo, no permite discriminar entre las personas que viven en pareja de las que no, por este motivo no se ha incluido en la estimación.

## **2.1 METODOLOGÍA**

A pesar de que existen numerosos modelos para estudiar los determinantes de la salud, se va abordar el análisis siguiendo el modelo desarrollado por Marc Lalonde (1974)<sup>1</sup>. Como muestra la Figura 1, la salud estaría determinada por cuatro factores: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario. Sin embargo, como el propio Lalonde demostró, son el medio ambiente y el estilo de vida los determinantes que mayor impacto tienen en la salud (Ávila Agüero (2009)). Para Lalonde, el medio ambiente engloba la contaminación, los factores psicosociales y los socioculturales, mientras que el estilo de vida está configurado por conductas

---

<sup>1</sup> Lalonde fue un ministro de Canadá que en 1974 publicó un informe que introdujo grandes progresos en el ámbito de la Salud Pública.

relacionadas con la salud. Por el contrario, para la OMS, todos estos factores forman parte del estilo de vida<sup>2</sup>.

En el presente trabajo se van a analizar factores que inciden en el estado de salud de los individuos relacionados con las características personales (como el sexo y la edad), con las condiciones socioeconómicas (nivel de estudios, ocupación etc.) y con los hábitos de vida (como hacer ejercicio físico, fumar o consumir bebidas alcohólicas).

**Figura 1:** Modelo de determinantes de la salud de Lalonde



*Fuente: elaboración propia*

Los datos utilizados en el análisis empírico proceden del fichero adultos, que contiene microdatos obtenidos a partir de 21.007 entrevistas. En primer lugar, se ha realizado el análisis descriptivo de los datos para estudiar cuál es la composición de la muestra y las posibles tendencias de la población en materia de salud. Para ello, se ha utilizado el programa estadístico SPSS, restringiendo la muestra a los individuos mayores de edad. El estudio se ha completado con un análisis econométrico para ver el efecto conjunto de todos los posibles determinantes en la salud percibida de las personas entre 18 y 65 años. La ENSE 2011/2012 incluye dos variables relativas a la salud percibida: una variable discreta y una continua. Para la regresión econométrica, se ha

---

<sup>2</sup> La OMS definió en 1997 el estilo de vida como “los patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacción social y las condiciones de vida socioeconómicas”.

utilizado como regresando la variable continua salud, incluida por primera vez en esta encuesta, que se obtiene preguntando al encuestado que puntué su salud de 0 a 100, donde 0 denota la peor salud posible, y el 100 la mejor. Como regresores todas las variables que se sospecha que pueden tener influencia en la salud .Posteriormente, se ha estimado por mínimos cuadrados ordinarios. Dado que el sexo es significativo a la hora de explicar el estado de salud, se ha repetido la estimación para sendos sexos por separado.

## 2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La Tabla 1 recoge los principales resultados que describen la composición de la muestra.

**Tabla 1:** Análisis descriptivo de variables discretas de la muestra de la ENSE 2011/2012

Variable	Categorías	% en la muestra
Salud percibida	Salud Buena	67,92
	Salud Mala	32,08
Nacionalidad	Española	93,69
	Extranjera	7,95
Nivel educativo	nestudios 0	2,36
	nestudios 1	25,02
	nestudios 2	51,75
	nestudios 3	20,87
Ocupación (18-65 años)	trabajando	55,65
	desempleado	16,83
	población inactiva	27,52
Población inactiva (18-65 años)	Jubilados	26,11
	Estudiantes	19,58
	Incapacitados	10,21
	Labores del hogar	44,10
Sexo	Hombres	45,93
	Mujeres	54,06
Edad	Adultos hasta 65 años	72,45
	Mayores de 65 años	27,55
Clase social	Clase I	10,2
	Clase II	7,47
	Clase III	18,02
	Clase IV	14,21
	Clase V	31,95
	Clase VI	14,53

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE 2011/2012

Como se observa en la tabla anterior, más de la mitad de la muestra son mujeres (un 54% frente a un 46%). En cuanto a la edad, prácticamente tres cuartos de la muestra tienen menos de 66 años. Este hecho podría explicar que más del 65% de los encuestados consideran tener un buen estado de salud.

En lo referente al estado de salud general, se va a considerar como indicador la salud percibida por el individuo. Varios autores justifican la utilización de esta variable como el mejor indicador del estado de salud general puesto que es una medida subjetiva que proporciona información del estado físico y mental del individuo, alejándose de las interpretaciones médicas de los síntomas. Además, está estrechamente relacionado con la mortalidad, la morbilidad<sup>3</sup> y el uso de servicios sanitarios (Aguilar Palacio, Carrera Lasfuentes y Rabanaque (2014)).

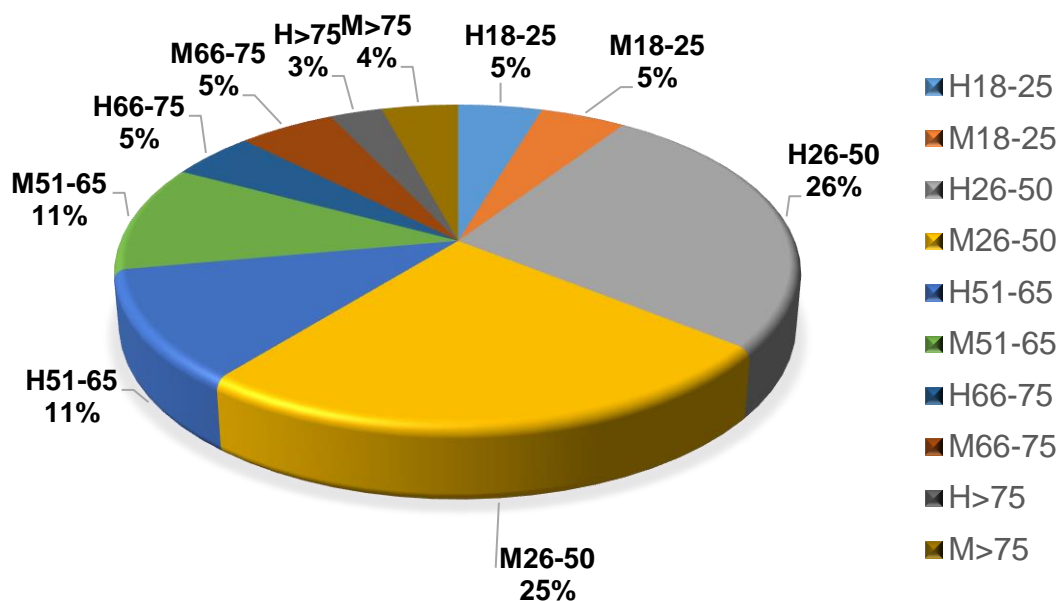
En primer lugar, se va a utilizar como indicador de la salud percibida la variable discreta que recoge la información relativa a la autoevaluación del estado de salud de los individuos en los últimos doce meses. Se pide a los encuestados que califiquen su salud como muy buena, buena, regular, mala o muy mala. Para simplificar en este estudio, las cinco categorías iniciales se agrupan en dos: buena que incluye muy buena y buena y mala que engloba las restantes. A pesar de que existen trabajos que incluyen la categoría regular en salud buena, se ha considerado que si el individuo califica su salud como regular es porque tiene algún problema de salud.

Los resultados muestran cómo prácticamente el 68% de la muestra considera su estado de salud bueno, frente a un 32% que afirma tener un mal estado de salud. Si desagregamos por sexo y tramos de edad, el Gráfico 1 muestra cómo dentro de la categoría salud buena apenas hay diferencias entre hombres y mujeres. Por el contrario, tomando como referencia a las personas que consideran tener una salud mala (Gráfico 2), se observa cómo el porcentaje de mujeres en todos los tramos de edad es superior al de los hombres. Esta diferencia es especialmente notable en el grupo de personas mayores de 75 años (20% en el caso de las mujeres frente al 9% de los hombres). Este resultado está relacionado con la mayor longevidad de las mujeres: el 66% de los mayores de 75 años son mujeres.

---

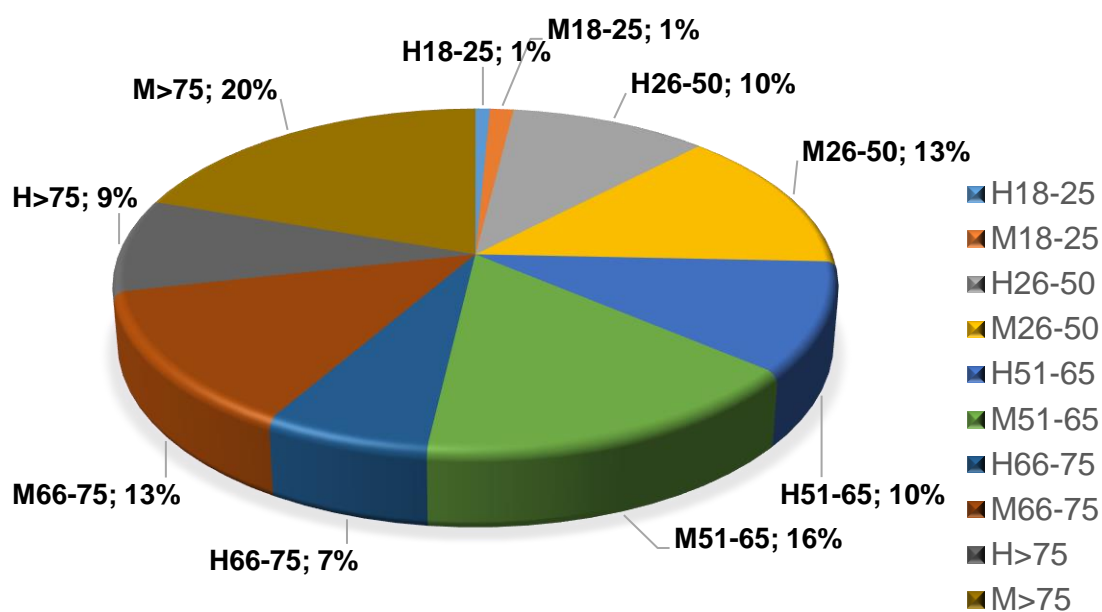
<sup>3</sup> Según la Real Academia de la Lengua Española proporción de personas que enferman en un sitio o tiempo determinado.

**Gráfico 1:** Salud buena desagregada por sexo y tramos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012

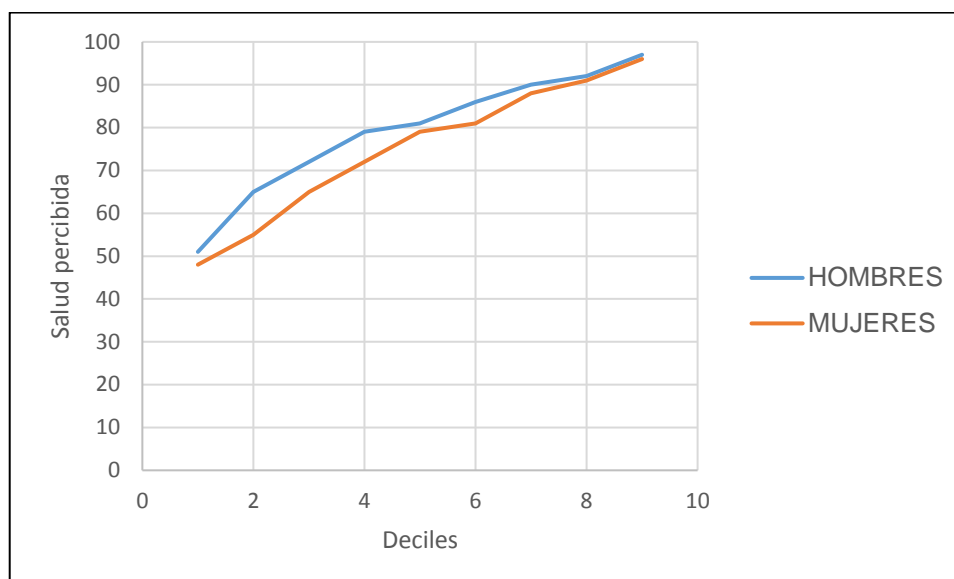
**Gráfico 2:** Salud mala desagregada por sexo y tramos de edad



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012

En segundo lugar, también referente a la salud percibida, la ENSE 2011/2012 incluye además la variable continua *salud* que oscila de 0 a 100, siendo 0 el peor estado de salud posible, y 100 el mejor.

**Gráfico 3:** Diferencias en la salud percibida entre hombres y mujeres



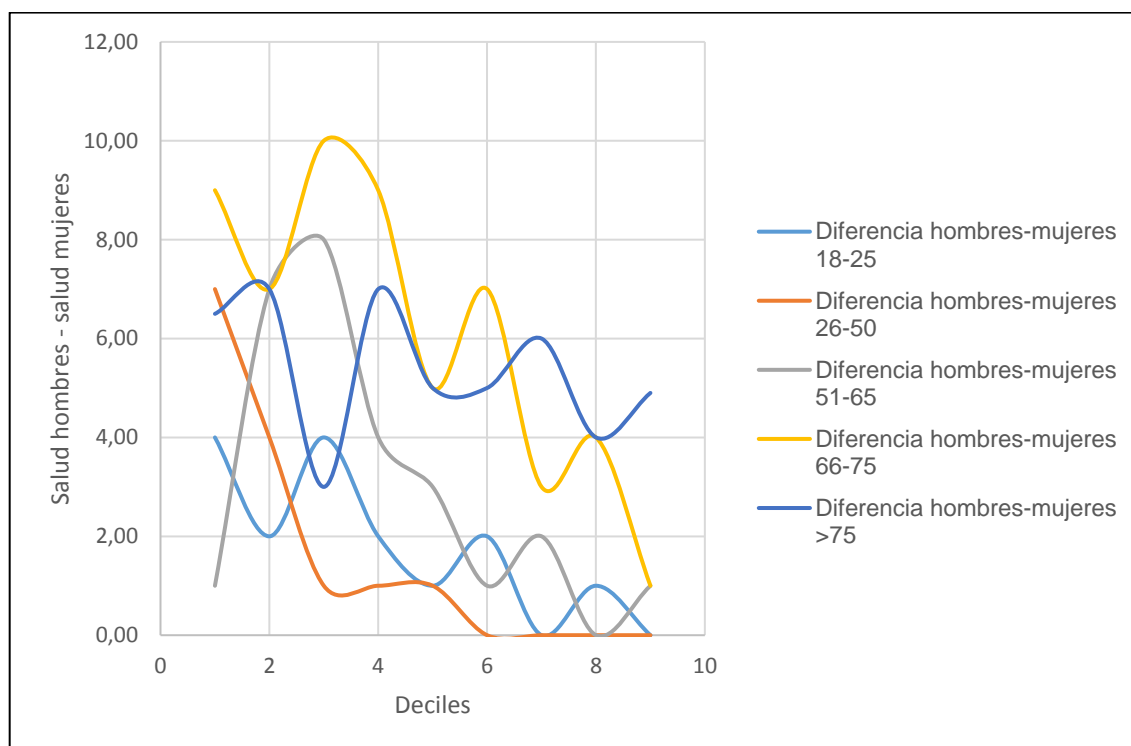
*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

En promedio, la salud de los hombres es mejor que la de las mujeres, 78,59 en el caso de los varones frente al 75,08 de las mujeres. Sin embargo, el Gráfico 3 analiza la salud percibida de hombres y mujeres a lo largo de toda la distribución. Se observa cómo los hombres presentan mejor salud que las mujeres, aunque a medida que aumenta la puntuación, esto es, mejora la salud, hay convergencia entre ambos sexos. De hecho, para los dos últimos deciles no hay apenas diferencias entre hombres y mujeres.

### **Edad**

En lo referente a la edad, en promedio para cualquier grupo de edad, los hombres presentan mejor estado de salud que las mujeres. La diferencia entre ambos sexos es positiva para cualquier tramo elegido y además, se observa que a medida que aumenta la edad aumenta esta diferencia. Para comprobarlo se ha construido el Gráfico 4 que muestra esta tendencia, a excepción del grupo de mayores de 75 años. Este resultado pone de manifiesto que las mujeres sufren un deterioro mayor de su salud a lo largo de su vida.

**Gráfico 4:** Diferencias entre hombres y mujeres en la salud percibida



Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012

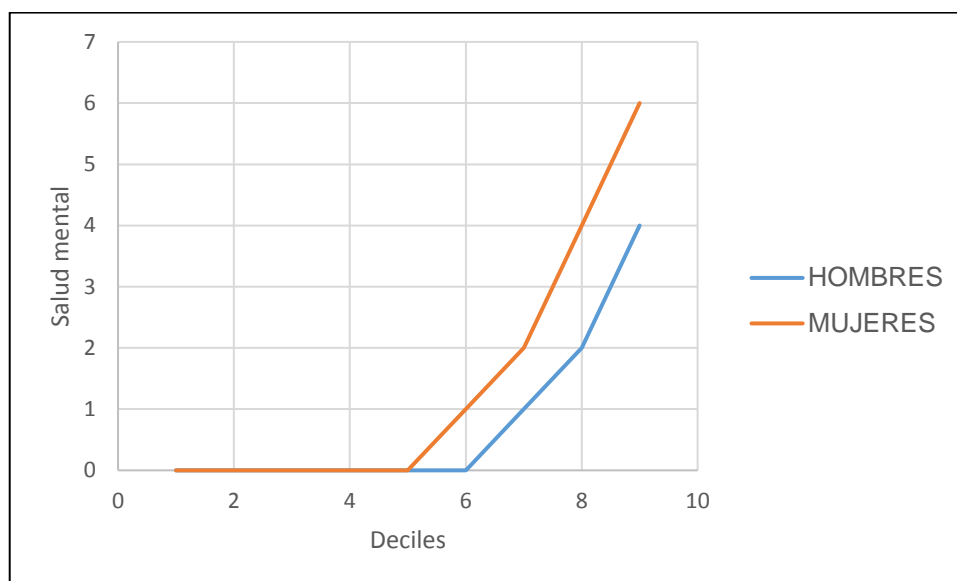
### **Salud mental**

A pesar de que la salud mental es una dimensión de la salud general, en los últimos años se ha puesto especial atención a este aspecto, por estar estrechamente relacionada con el empleo. La ENSE 2011/2012 incluye la variable continua *saludmental*, que es una variable derivada, construida a partir del índice de Goldberg. Dicho índice se construye realizando 12 preguntas al encuestado referidas al presente. Cada una de ellas tiene cuatro respuestas posibles que se codifican como “sin problema”, asignándoles el valor 0, o “con problema”, asignándoles el valor 1. Se obtiene así la variable *saludmental* sumando las respuestas, por lo que toma finalmente valores comprendidos entre 0 y 12, de mejor a peor salud mental (Urbanos Garrido y González López Valcárcel (2013)). Por esta razón, la interpretación es opuesta a la de la salud general anteriormente analizada, puesto que 12 denota peor salud mental o mayor riesgo para la salud mental y 0 mejor salud mental o menor riesgo.

Los resultados muestran que, en media, los hombres tienen mejor salud mental que las mujeres (1,25 en el caso de los varones frente al 1,86 de las mujeres).



**Gráfico 5:** Diferencias en la salud mental entre hombres y mujeres



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

Analizando la distribución, Gráfico 5, concluye que la salud mental presenta un comportamiento similar a la salud general. En los primeros deciles que, en este caso, reflejan tramos de salud mental buena, no hay diferencias entre ambos sexos pero, a partir del sexto decil, las mujeres presentan peor estado de salud mental. Desagregando por edad, como ocurría con la variable continua *salud*, la diferencia entre ambos sexos aumenta a medida que aumenta la edad, haciéndose máxima en el tramo de 66 a 75 años. En el tramo posterior experimenta un leve descenso.

### **Factores socioculturales**

Una vez estudiados los indicadores de la salud se van a analizar, siguiendo el modelo definido por Lalonde, algunos factores socioculturales que pueden tener influencia en el estado de salud: la nacionalidad, el nivel educativo, la ocupación y la clase social. A pesar de que la literatura apunta a la renta como uno de los determinantes que más influye en la salud, la ENSE 2011/2012 solo incluye el intervalo de ingreso mensual neto del hogar en su conjunto, por lo que no se ha incluido en el estudio. Debido a la indudable relación entre renta y salud, se ha incluido la clase social como aproximación al nivel de renta. Asimismo, el nivel educativo también está estrechamente con el estatus económico.

## **Nacionalidad**

En las últimas décadas España ha visto incrementada su población como consecuencia de la llegada masiva de inmigrantes. De acuerdo con el Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), ya en el año 2010, el 12% de la población española estaba constituida por inmigrantes. Esta población se caracteriza por ser joven, tener un nivel de estudios altos y desempeñar en España trabajos precarios (García (2010)).

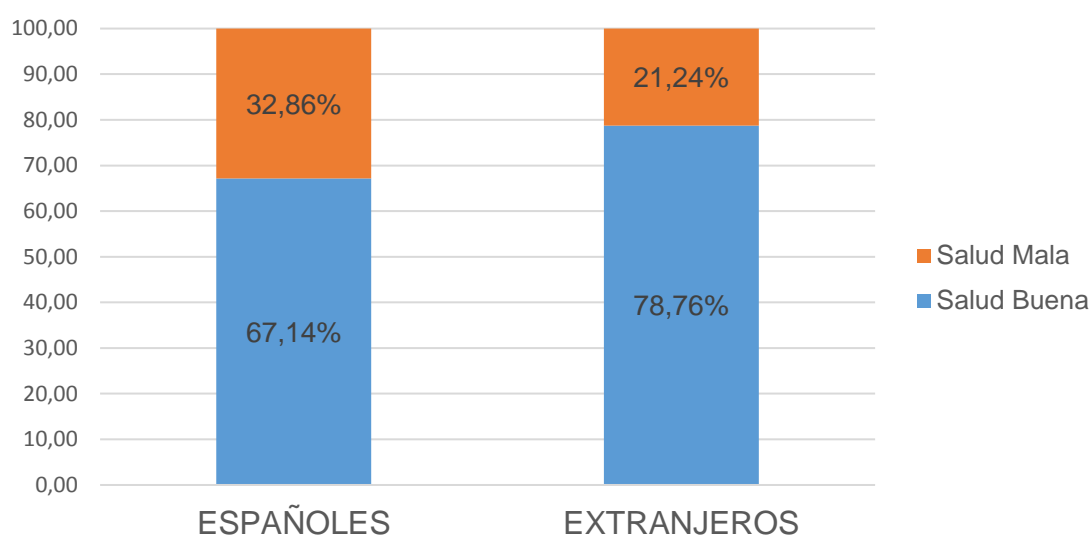
Es frecuente que los fenómenos migratorios en España están motivados por la búsqueda de trabajo y la necesidad de una vida mejor. También se sabe que las condiciones laborales afectan considerablemente a la salud. Sin embargo, poco se conocía acerca de la salud de este colectivo, cada vez más numeroso. Para estudiar el fenómeno migratorio desde el punto de vista sanitario, surge en 2006 el proyecto de “Inmigración, Trabajo y Salud” (ITSAL), con el objetivo de mejorar las condiciones laborales y sanitarias de los inmigrantes. Los resultados concluyeron que las condiciones laborales a las que, frecuentemente, están expuestos los inmigrantes tienen consecuencias negativas para la salud. Además, este colectivo es más vulnerable que la población autóctona puesto que, en ocasiones, se encuentran en condiciones de irregularidad, no conocen sus derechos y/o tienen miedo a ser despedidos. Algunos resultados más específicos revelaron que los trabajadores extranjeros tienen mayor propensión a sufrir enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y que las trabajadoras inmigrantes que se dedican al servicio doméstico se encuentran entre el colectivo más vulnerable.

Ahora bien, tal y como señala García (2010), a pesar de que numerosos estudios han demostrado el mayor riesgo que tienen los inmigrantes de presentar problemas de salud relacionados con las condiciones laborales, poco se sabe de en qué condiciones regresan estas personas a sus países de origen o de cómo viven las que han perdido sus empleos y no pueden o no quieren volver.

El análisis de los datos de la ENSE 2011/2012 refleja cómo la mayor parte de la población encuestada mayor de edad es de nacionalidad española (el 93% de la muestra). La población de nacionalidad extranjera parece tener un estado de salud mejor, superando en más de 10 puntos a los nacionales (Gráfico 6). Desagregando por sexo, apenas se encuentran diferencias entre nacionales y extranjeros, en ambos

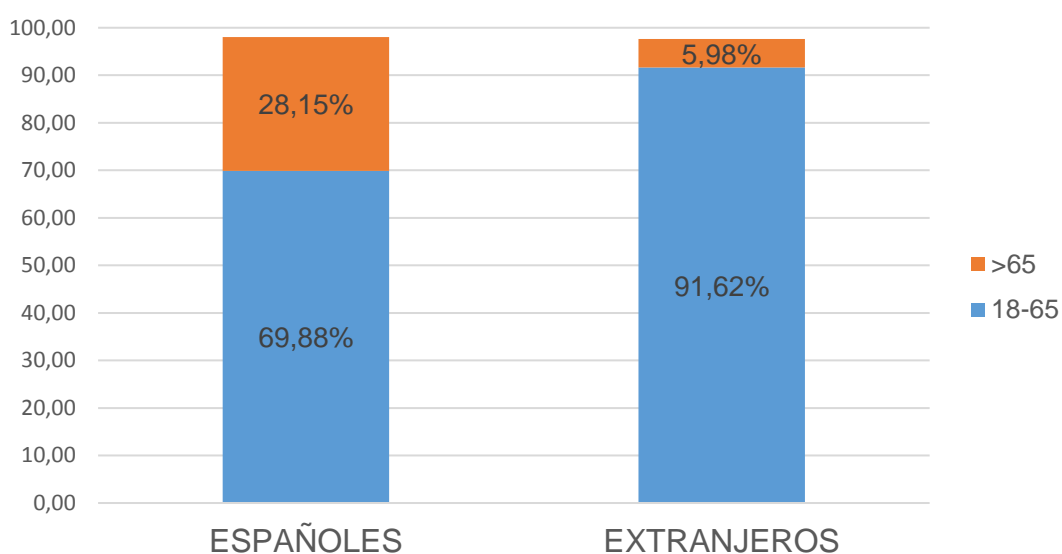
grupos hay más mujeres que varones y se mantiene la tendencia de que las mujeres tienen un estado de salud peor. A priori, los resultados parecen contradecir a la literatura económica, sin embargo, el Gráfico 7 resulta bastante esclarecedor, muestran como el 28% de nacionales son mayores de 65 años frente al 6% de extranjeros. Sin duda, este hecho es un factor explicativo de por qué los extranjeros presentan mejor estado de salud.

**Gráfico 6:** Diferencias de salud entre nacionales y extranjeros



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

**Gráfico 7:** Diferencias de edad entre nacionales y extranjeros



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

## **Educación**

Como ya se ha mencionado, existen multitud de determinantes que pueden incidir en la salud de los individuos y, desde hace años, se observó que el factor socioeconómico es uno de los responsables de las desigualdades existentes en la salud de una misma población. El indicador socioeconómico por excelencia es la clase o estatus social, que se define en términos laborales y económicos. Por esta razón, como señala De la Cruz Sánchez, Feu y Vizuite Carrizosa (2012), es frecuente utilizar el nivel educativo como indicador de la clase social puesto que está muy relacionado.

El uso de este indicador tiene algunas ventajas respecto a los indicadores tradicionales de estatus económico. En primer lugar, el nivel de estudios es estable a lo largo de la vida del individuo y permite clasificar tanto a personas que trabajan como a las que no están trabajando o están jubiladas. En segundo lugar, está directamente relacionado con el estilo de vida, el acceso a atención sanitaria o la exposición a ambientes de riesgo. Para terminar, diversas investigaciones señalan que el nivel de estudios podría ser el factor socioeconómico que mejor explique las desigualdades sociales en salud.

No obstante, tiene algunas limitaciones a la hora de explicar la relación entre salud percibida y mortalidad. Las personas con estudios bajos tienden a valorar peor su salud por lo que las tasas de mortalidad en este colectivo no se pueden relacionar con la salud percibida. Por el contrario, en aquellas personas con un nivel educativo alto la salud percibida está estrechamente ligada con la mortalidad (De la Cruz Sánchez, Feu y Vizuite Carrizosa (2012)).

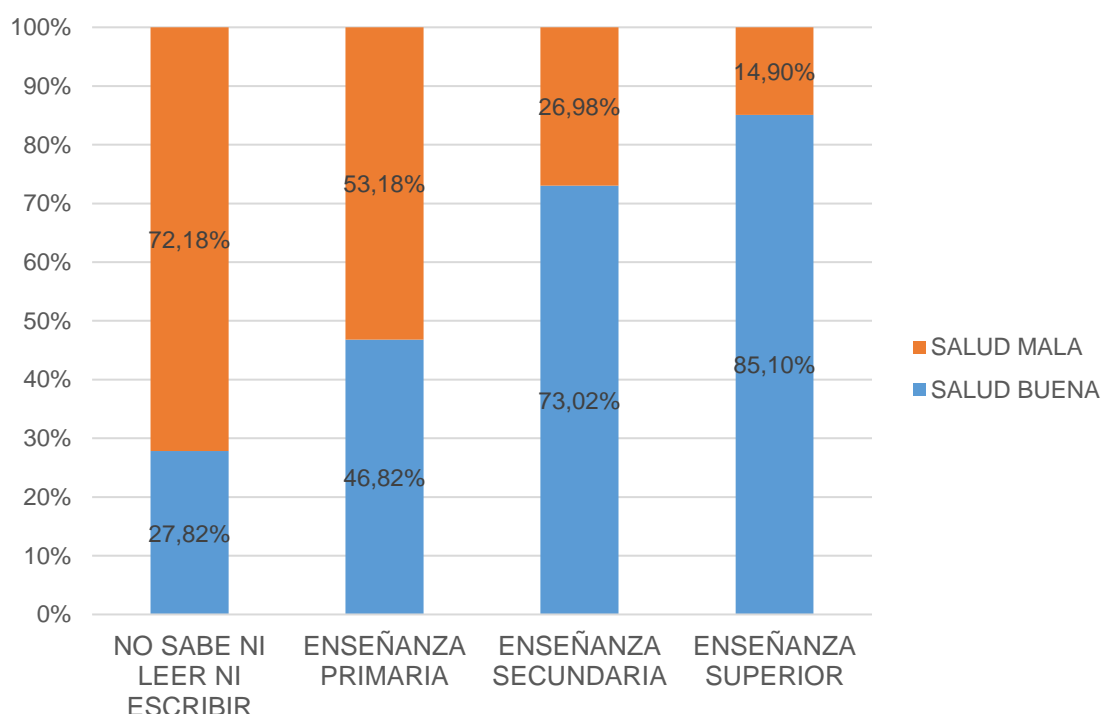
En lo que respecta a nuestro país, un estudio realizado por Aguilar Palacio, Carrera Lasfuentes y Rabanaque (2014), muestra como un nivel educativo bajo, en la mayoría de las Comunidades Autónomas, se asoció a una peor salud percibida. Además, también se llegó a la conclusión de que el nivel educativo en las mujeres acentúa, todavía más, las diferencias en su estado de salud.

En la actualidad, la totalidad de encuestas de salud incluyen una pregunta referente al nivel de estudios. La ENSE 2011/2012, en el fichero hogares, incluye una variable relativa al nivel de estudios que se ha simplificado en cuatro categorías: *nestudios 0* si el individuo es analfabeto, *nestudios 1* si ha cursado Estudios Primarios aunque estén incompletos, *nestudios 2* si ha completado la Enseñanza Secundaria y

*nestudios* 3 que incluye estudios universitarios o enseñanzas profesionales de grado superior (para información más detallada véase Tabla 2, pp.28).

En primer lugar, considerando la población mayor de edad, se obtiene que aproximadamente la mitad de la muestra ha cursado hasta la Enseñanza Secundaria y tan solo un 2% no sabe ni leer ni escribir. La Tabla 1 muestra que un cuarto de la población ha cursado únicamente Estudios Primarios y en torno a un 20% ha alcanzado el nivel de estudios más alto. Pero, ¿cómo influye la educación en la salud percibida?

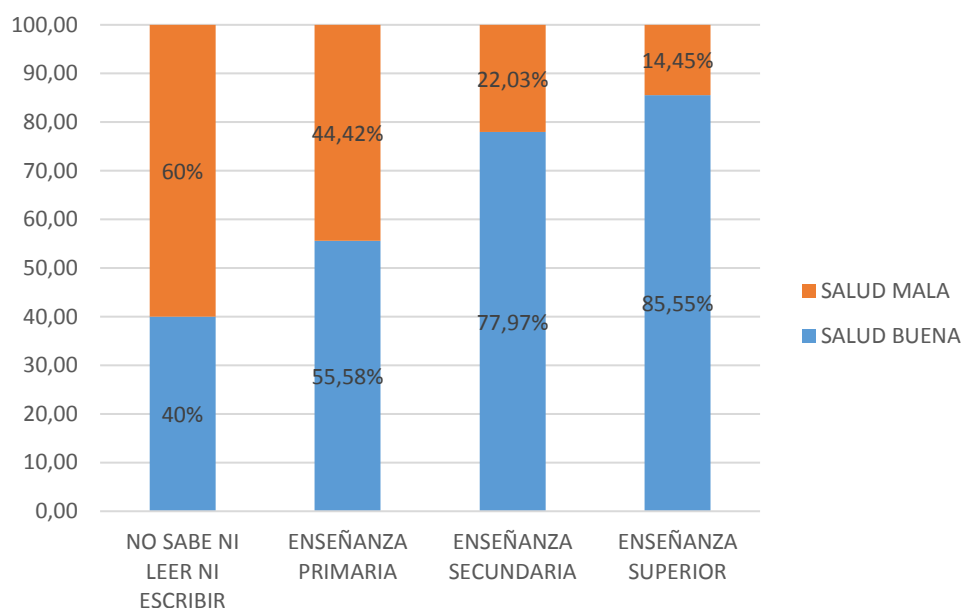
**Gráfico 8:** Diferencias de salud por niveles educativos



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE2011/2012*

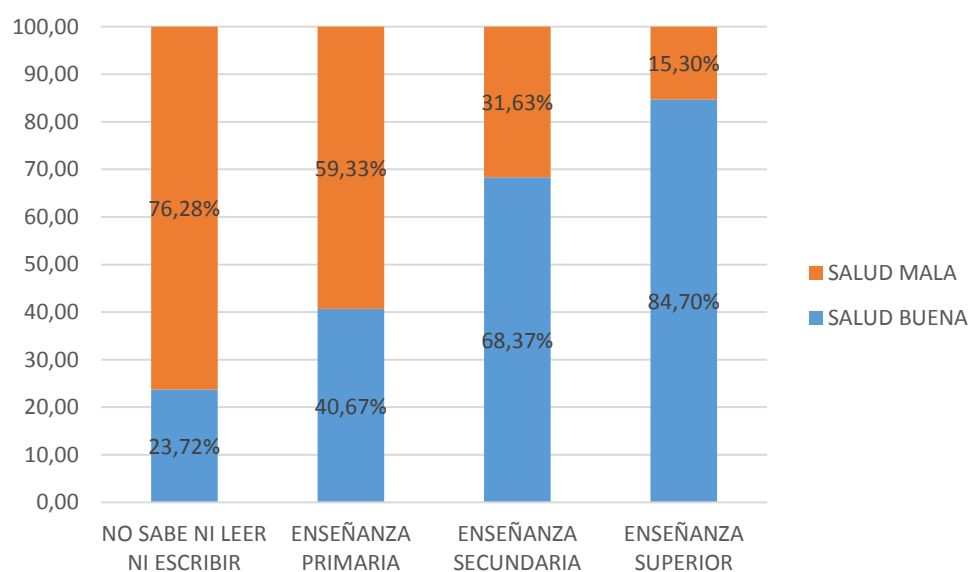
El Gráfico 8 muestra cómo a medida que aumenta el nivel educativo se reduce el porcentaje de personas que dicen tener un mal estado de salud. Por otra parte, desagregando por sexos, el Gráfico 9 y el Gráfico 10 reflejan la misma pauta de comportamiento para ambos subgrupos. Sin embargo, se puede observar como para el sexo femenino un nivel educativo bajo está asociado a un peor estado de salud. Por tanto, a la vista de los resultados, se puede concluir que la educación recibida es determinante del estado de salud.

**Gráfico 9:** Diferencias de salud por niveles educativos en los hombres



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE2011/2012*

**Gráfico 10:** Diferencias de salud por niveles educativos en mujeres



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE2011/2012*

## **Ocupación**

En el ámbito laboral, la ocupación también es un factor que condiciona el estilo de vida. De hecho, desde hace décadas, muchas investigaciones relacionadas con la salud pública se han centrado en estudiar los efectos del desempleo en la salud. Sin embargo, todavía hay una gran controversia en torno a cuál es la relación entre salud y empleo. Como manifiestan Urbanos Garrido y González López Valcárcel (2013), la existencia de factores de confusión de tipo social, clínico y económico hace que resulte complicado establecer el tipo de asociación entre la salud y estar desempleado.

No son pocos los que defienden una asociación positiva entre desempleo y salud, esto es, estar desempleado mejora la salud. Estas teorías suelen apoyarse en la mejor asignación del tiempo o menor exposición a accidentes laborales. Muchas de las patologías que actualmente ponen en riesgo la salud de la población están relacionadas con el estrés diario proveniente del trabajo, por lo que estar desempleado libera tiempo y reduce estrés. Por otra parte, también se reduce la probabilidad de tener un accidente laboral o estar expuesto a ambientes contaminantes, dependiendo del puesto de trabajo. De hecho, la evidencia empírica ha corroborado algunos de estos resultados. Un estudio demostró que en 26 Estados de la Unión Europea el aumento del desempleo redujo significativamente las muertes por accidentes de tráfico<sup>4</sup> (Urbanos Garrido y González López Valcárcel (2013)). Además, varias publicaciones han llegado a la conclusión de que, frecuentemente, un aumento de la tasa de desempleo conlleva una reducción de la mortalidad en el corto plazo.

En contraposición, muchos autores se inclinan por la relación negativa entre desempleo y salud: estar parado tiene impacto negativo para la salud. A priori, la relación causa-efecto entre desempleo y salud es bidireccional. Por una parte, haber sido despedido genera efectos negativos en la salud de las personas, esto es, la hipótesis de “exposición al trabajo”. Por la otra, está la hipótesis de “selección” que sostiene que aquellas personas con peor salud tienen más probabilidad de estar desempleadas. Los estudios empíricos establecen que el efecto “exposición” suele dominar sobre el efecto “selección”.

---

<sup>4</sup> Dicho estudio también relacionó el aumento de la tasa de desempleo con aumento del número de muertes prematuras violentas.

Existen diversos argumentos para explicar por qué el desempleo influye negativamente en la salud de las personas:

- Pérdida de poder adquisitivo: estar desempleado implica una reducción de los ingresos y, por tanto, un empeoramiento de la dieta y disminución en el nivel de atención médica, especialmente en aquellos países que no cuentan con sanidad gratuita (elevados co-pagos).
- Enfermedades relacionadas con el estrés: a pesar de la creencia de que estar desempleado implica mayor tiempo libre y menor estrés, la búsqueda de un nuevo empleo y la situación financiera, como por ejemplo tener que hacer frente a pagos hipotecarios, generan estrés que puede desencadenar en numerosas enfermedades.
- Modelo de apoyo social: sostiene que una de las consecuencias del desempleo es el aislamiento social que puede tener impacto directo en la salud.
- Modelo de función latente: parte de la idea de que el trabajo no cubre solamente necesidades económicas sino también necesidades fisiológicas, puesto que proporciona un estatus, estructura horaria, satisfacción personal etc.
- Políticas de ajuste: las medidas de austeridad implementadas por los gobiernos en épocas de recesión son traumáticas para la sociedad. Estudios han demostrado cómo en algunos países como Grecia los recortes han aumentado los suicidios y los brotes de enfermedades infecciosas.

En resumen, parece confirmarse la creencia de que, a pesar que en el corto plazo el aumento del desempleo reduce las tasas de mortalidad, en un horizonte de tiempo más amplio, se asocia a un empeoramiento del estado de salud y, consecuentemente, aumento de la tasa de mortalidad, especialmente si los niveles de renta se mantienen bajos. Como sugiere García (2010), las actuaciones del gobierno son determinantes a la hora de reducir el efecto negativo del desempleo en la salud. Es lógico pensar



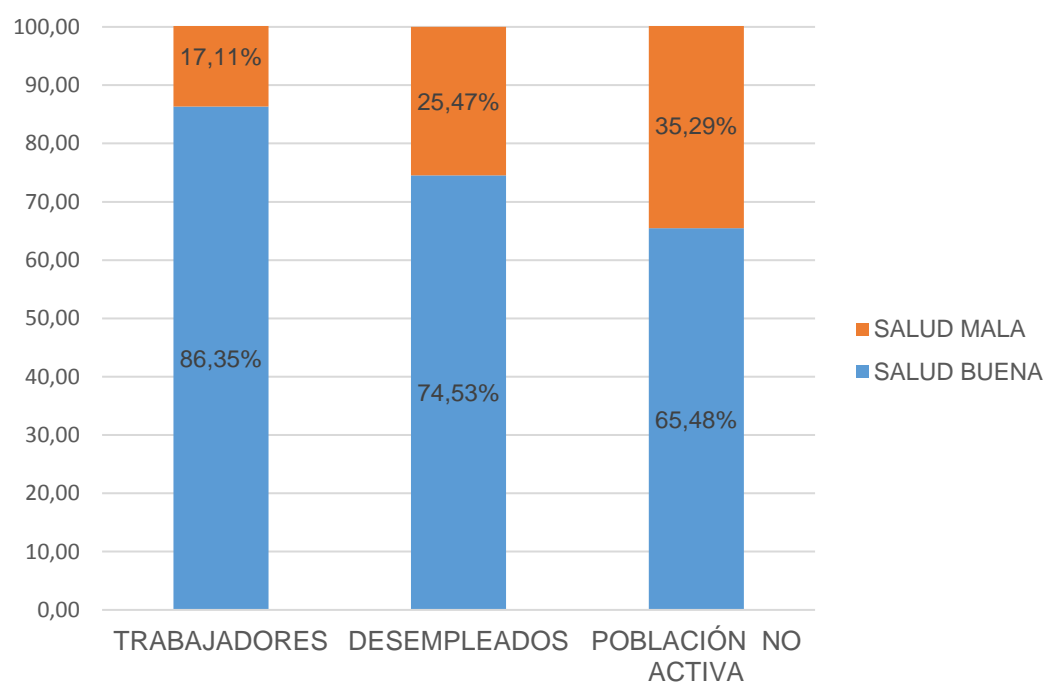
que aquellos países que dispongan de políticas activas del mercado de trabajo, sistemas de seguridad social y programas de inversión en capital humano, reducirán el impacto del desempleo en el estado de salud de la población. Además, también hay alguna evidencia que sostiene que las actuaciones de servicios de atención primaria y otros servicios de salud comunitaria pueden mejorar la salud de los parados.

Para abordar esta cuestión, únicamente se ha considerado la población en edad de trabajar, esto es, de 18 a 65 años. Además, para el análisis descriptivo se han tenido en cuenta tres categorías: trabajadores, desempleados y población inactiva. Más de la mitad de la muestra son trabajadores, frente al 16% que está desempleado y, en torno a un 27% que forma parte de la población inactiva.

El Gráfico 11 confirma las teorías que establecen que estar desempleado afecta negativamente a la salud. El 25,5% de los desempleados ha manifestado tener una mala salud frente a un 17% de las personas que están trabajando. Por otra parte, se pone en evidencia que la población inactiva es la que peor estado de salud manifiesta, teniendo en cuenta que este resultado puede estar influido por la heterogeneidad de este grupo. Desagregando la población inactiva, se obtiene que un 44% está formado por personas dedicadas a las labores del hogar, de las que casi un 33% califican su estado de salud como malo (véase Gráfico 12).

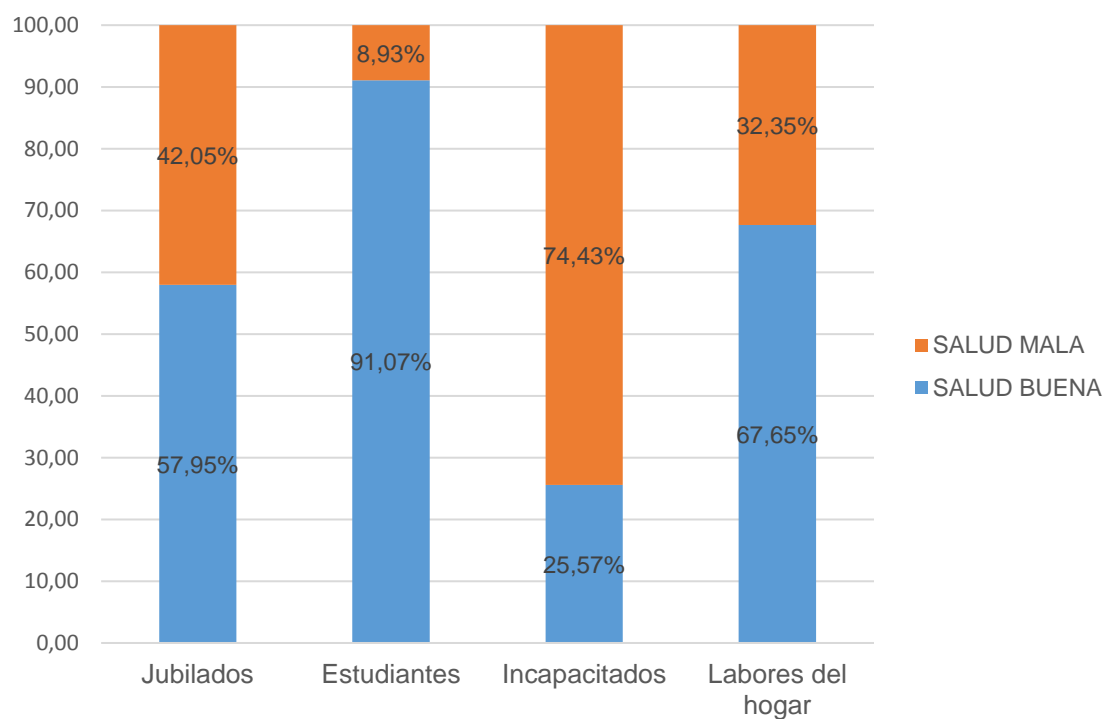
En segundo lugar, se encuentran los jubilados que, al tener menos de 65 años, pueden haber adelantado su jubilación por causas médicas. De hecho, un 42% presentan un estado malo de salud. El tercer lugar está ocupado por los estudiantes (19,5%) que, como era de esperar, presentan un estado de salud bueno. Por último, un 10% de la población inactiva está compuesta por personas incapacitadas, que son las que peor salud manifiestan.

**Gráfico 11:** Diferencias de salud por ocupación



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

**Gráfico 12:** Diferencias de salud en la población inactiva



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE 2011/2012*

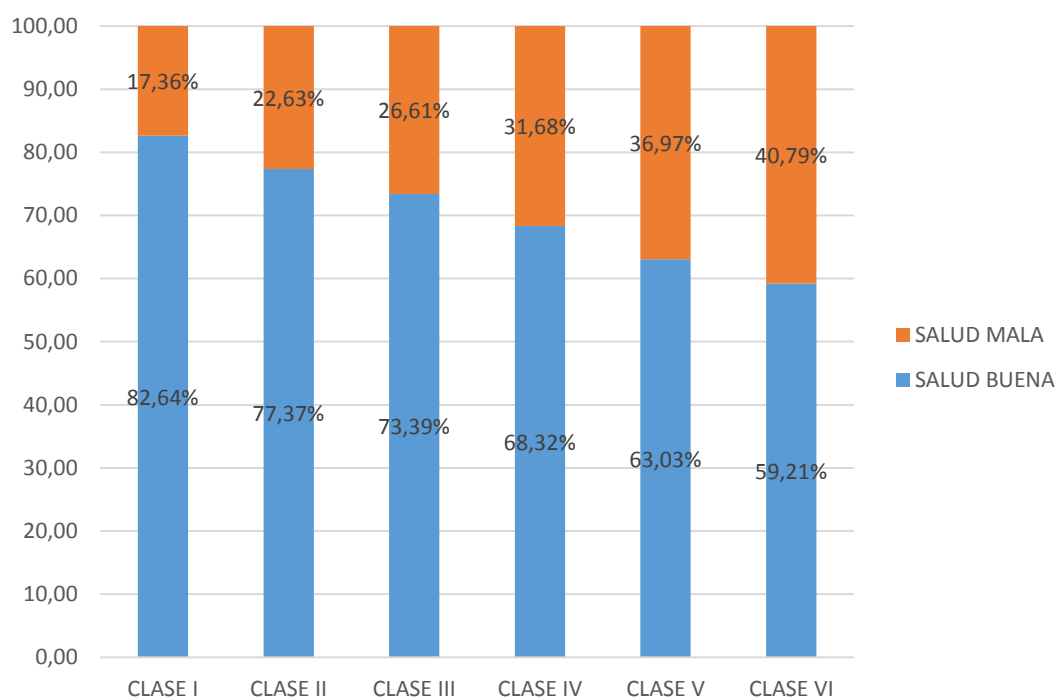
## **Clase social**

La clase social es una buena aproximación de la renta de los individuos. Además, como ya se ha mencionado, es el indicador socioeconómico más utilizado porque engloba tanto factores económicos como laborales. De hecho, la ENSE2011/2012 utiliza la clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología basada en la ocupación (véase Tabla 2, pp.28).

La Tabla 1 muestra como predominan los trabajadores cualificados en el sector primario (clase V) y, en segundo lugar, las ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia (clase III).

El Gráfico 13 muestra como a medida que disminuye el estatus socioeconómico empeora la salud percibida. Las diferencias de salud por clases sociales siguen el mismo patrón que las diferencias por niveles educativos. Por esta razón, como se ha visto, la educación es un buen indicador de la clase social.

**Gráfico 13:** Diferencias de salud por clase sociales



*Fuente: elaboración propia a partir de la ENSE2011/2012*

## 2.3 ANÁLISIS ECONÓMETRICO

A partir de los datos de corte transversal, obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) 2011/2012, se ha procedido a realizar un análisis econométrico para determinar cuál es el efecto conjunto de diversas variables en la salud de las personas entre 18 y 65 años. Se han incluido variables relacionadas con el lugar de residencia (Comunidad Autónoma y tipo de municipio), socioeconómicas (clase social y nivel educativo), relacionadas con el ámbito laboral (ocupación, tipo de contrato y jornada laboral) y variables que recogen hábitos de vida saludables (peso, ejercicio, consumo de alcohol y tabaco). En la Tabla 2 se relacionan todas las variables empleadas y también se recoge la información estadística de la muestra que ya pone de manifiesto diferencias entre ambos sexos. Un porcentaje mayor de mujeres forman parte de la población inactiva o no saben ni leer ni escribir. En cuanto a hábitos de vida saludables, el consumo medio diario de alcohol semanal es mucho superior en hombres que en mujeres (901,50 en el caso de los hombres frente a 278,59 en el de las mujeres). Además, las mujeres realizan menos actividad física o deportiva. Por último, se puede observar que hay más hombres que fuman diariamente y que también hay más porcentaje de mujeres que no han fumado nunca.

La Tabla 3 recoge el resultado de la estimación por mínimos cuadrados ordinarios del total de la muestra y de cada sexo por separado. En primer lugar, considerando ambos sexos, se ha obtenido que sólo un 25,91% de la varianza de la salud percibida está explicada por los regresores. Lo cierto es que, como ya se ha mencionado, hay diversidad de variables que pueden tener impacto en el estado de salud. Por otra parte, no hay que olvidar que es una estimación *cross-section* a partir de 18.181 observaciones, por lo que no cabe esperar un Coeficiente de Determinación elevado. Los resultados muestran que más de la mitad de los determinantes de la salud escogidos resultan significativos al 5%. Como era de esperar, en general, las personas con más edad presentan peor estado de salud. Por otra parte, se confirman las diferencias entre ambos sexos vistas en el análisis descriptivo: ser mujer incide negativamente en la salud percibida. Asimismo, las personas con nacionalidad extranjera presentan mejor estado de salud que los nacionales.

**Tabla 2:** Definición de variables y estadística descriptiva de la muestra

Variable	Definición	Mujeres y Hombres	Mujeres	Hombres
		Media	Media	Media
salud	puntuación del estado de salud en el día de la entrevista (de 0 a 100)	76,79	75,08	78,59
edad	edad en años	50,12	51,16	49,03
clase I	1 si pertenece a la clase social más alta: directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados, profesionales asociados a licenciaturas universitarias, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,11	0,11	0,12
clase II	1 para directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados, profesionales asociados o diplomaturas y otros de apoyo técnico, deportistas y artistas, 0 en caso contrario	0,08	0,08	0,08
clase III	1 para ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia, 0 en caso contrario	0,19	0,20	0,18
clase IV	1 para supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas, 0 en caso contrario	0,15	0,13	0,17
clase V	1 si trabajadores cualificados en el sector primario y otros trabajadores semicualificados, 0 en caso contrario	0,32	0,31	0,34
clase VI	1 si trabajadores no cualificados, 0 en caso contrario	0,14	0,16	0,12
municipio 0	1 si vive en municipio de más de 500,000 habitantes, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,12	0,13	0,11
municipio 1	1 si vive en municipio capital de provincia (excepto los anteriores), 0 en caso contrario	0,22	0,23	0,21
municipio 2	1 si vive en municipios con más de 100,000 habitantes (excepto los anteriores), 0 en caso contrario	0,08	0,09	0,08
municipio 3	1 si vive en municipios de 50,000 a 100,000 habitantes (excepto los anteriores), 0 en caso contrario	0,09	0,09	0,09
municipio 4	1 si vive en municipios de 20,000 a 50,000 habitantes (excepto anteriores), 0 en caso contrario	0,15	0,15	0,15
municipio 5	1 si vive en municipios de 10,000 a 20,000 habitantes (excepto anteriores), 0 en caso contrario	0,12	0,11	0,11
municipio 6	1 si vive en municipios con menos de 10,000 habitantes, 0 en caso contrario	0,23	0,21	0,25
Andalucía	1 si residente en Aragón, 0 en caso contrario	0,12	0,12	0,12
Aragón	1 si residente en Andalucía, 0 en caso contrario	0,04	0,03	0,04
Asturias	1 si residente en Asturias, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,04
Baleares	1 si residente en Baleares, 0 en caso contrario	0,03	0,03	0,03
Canarias	1 si residente en Canarias, 0 en caso contrario	0,05	0,05	0,05
Cantabria	1 si residente en Cantabria, 0 en caso contrario	0,03	0,03	0,03
C.Y.L.	1 si residente en Castilla y León, 0 en caso contrario	0,07	0,06	0,07
C.La Mancha	1 si residente en Castilla La Mancha, 0 en caso contrario	0,05	0,04	0,05
Cataluña	1 si residente en Cataluña, 0 en caso contrario	0,11	0,11	0,11
C.Valenciana	1 si residente en Comunidad Valenciana, 0 en caso contrario	0,08	0,08	0,08
Extremadura	1 si residente en Extremadura, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,04
Galicia	1 si residente en Galicia, 0 en caso contrario	0,05	0,05	0,05
Madrid	1 si residente en Madrid, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,10	0,10	0,09
Murcia	1 si residente en Murcia, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,04
Navarra	1 si residente en Navarra, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,04
País Vasco	1 si residente en País Vasco, 0 en caso contrario	0,06	0,06	0,06
Rioja	1 si residente en La Rioja, 0 en caso contrario	0,03	0,03	0,04
trabaja	1 si el individuo trabaja, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,46	0,40	0,51
inactivo	1 si el individuo está inactivo (estudiantes, jubilados, discapacitados y dedicados a labores del hogar), 0 en caso contrario	0,44	0,52	0,36
parado 1	1 si parado menos de 2 años, 0 en caso contrario	0,09	0,07	0,10
parado 2	1 si parado más de 2 años, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,04

Variable	Definición	Mujeres y Hombres	Mujeres	Hombres
		Media	Media	Media
nestudios 0	1 si el individuo no sabe ni leer ni escribir, 0 en caso contrario	0,01	0,02	0,01
nestudios 1	1 si el individuo ha asistido menos de 5 años a la escuela o a completado la Educación Primaria, 0 en caso contrario	0,22	0,23	0,21
nestudios 2	1 si el individuo ha completado la Enseñanza Secundaria (ESO o ESO y Bachiller) o enseñanzas profesionales de grado medio equivalentes, 0 en caso contrario	0,54	0,52	0,56
nestudios 3	1 si el individuo ha cursado estudios universitarios o enseñanzas de grado superior o equivalentes, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,23	0,23	0,23
mujer	1 si mujer, 0 si hombre	0,51	-	-
extranjero	1 si nacionalidad extranjera, 0 en caso contrario	0,08	0,08	0,08
jpartida	1 si la jornada laboral es partida, 0 en caso contrario	0,19	0,14	0,24
j.c.mañana	1 si la jornada laboral es continua por la mañana, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,12	0,13	0,11
j.c.tarde	1 si la jornada laboral es continua por la tarde, 0 en caso contrario	0,02	0,02	0,01
j.c.noche	1 si la jornada laboral es continua por la noche, por turnos o irregular, 0 en caso contrario	0,11	0,08	0,13
j. reducida	1 la jornada laboral es reducida, 0 en caso contrario	0,02	0,03	0,01
j.otro	1 si la jornada laboral es de otro tipo, 0 en caso contrario	0,05	0,04	0,06
funcionario	1 si es funcionario, 0 en caso contrario	0,04	0,04	0,05
c.indefinido	1 si el tipo de contrato es indefinido, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,24	0,21	0,27
c.temporal	1 si el tipo de contrato es temporal, 0 en caso contrario	0,06	0,06	0,06
sin contrato	1 si el contrato es verbal o no tiene contrato, 0 en caso contrario	0,02	0,02	0,02
empresario c.a.	1 si es empresario profesional con asalariados, 0 en caso contrario	0,02	0,01	0,03
empresario s.a.	1 si es empresario sin asalariados o trabajador independiente, 0 en caso contrario	0,06	0,04	0,07
a.familiar	1 si recibe ayuda familiar, 0 en caso contrario	0,00	0,00	0,00
m.cooperativa	1 si es miembro de una cooperativa, 0 en caso contrario	0,00	0,00	0,00
c.otro	1 si su relación la laboral es de otro tipo, 0 en caso contrario	0,01	0,01	0,01
peso insuficiente	1 si el Índice de Masa Corporal indica un peso por debajo del normal, 0 en caso contrario	0,02	0,03	0,01
normopeso	1 si el Índice de Masa Corporal indica normopeso, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,43	0,51	0,35
sobrepeso	1 si el Índice de Masa Corporal indica sobrepeso, 0 en caso contrario	0,38	0,30	0,46
obesidad	1 si el Índice de Masa Corporal indica obesidad, 0 en caso contrario	0,17	0,16	0,18
alcohol	Consumo medio diario de alcohol semanal (lunes a domingo, en gramos de alcohol puro)	581,91	278,59	901,50
ejercicio 0	1 si el individuo no realiza ninguna actividad física en su tiempo libre, 0 en caso contrario	0,43	0,47	0,38
ejercicio 1	1 si el individuo realiza alguna actividad física o deportiva ocasional en su tiempo libre, 0 en caso contrario	0,37	0,38	0,35
ejercicio 2	1 si el individuo realiza alguna actividad física o deportiva varias veces al mes, 0 en caso contrario	0,12	0,08	0,16
ejercicio 3	1 si el individuo hace entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,09	0,06	0,11
fumad	1 si el individuo fuma diariamente, 0 en caso contrario	0,24	0,20	0,28
fumand	1 si el individuo fuma pero no diariamente, 0 en caso contrario	0,03	0,02	0,03
act.nofuma	1 si el individuo no fuma actualmente pero ha fumado antes, 0 en caso contrario	0,21	0,14	0,29
nofuma	1 si el individuo no fuma ni ha fumado nunca, 0 en caso contrario (categoría omitida)	0,52	0,63	0,40

Fuente: elaboración propia

En lo que respecta al estilo de vida, tomando como referencia el municipio de mayor tamaño, de más de 500.000 habitantes (*municipio 0*), es indiferente para la salud vivir en una ciudad grande que vivir en un pueblo pequeño. El tamaño del municipio no es una variable significativa. Sin embargo, la mayor parte de Comunidades Autónomas se muestran significativas, siendo Madrid (categoría de referencia) la comunidad donde la población presenta un mejor estado de salud. Este resultado puede deberse a la composición de la sociedad, es decir, a la proporción de jóvenes que haya frente a las personas de edad avanzada. Muchos jóvenes se desplazan a Madrid por motivos de trabajo o de estudios.

La educación resulta una vez más un factor a tener en cuenta a la hora de estudiar el estado de salud, si bien la enseñanza secundaria no es significativa. En concordancia con el análisis descriptivo, se obtiene que no saber leer ni escribir tiene impacto negativo en el estado de salud percibida y haber cursado sólo hasta primaria también, aunque en menor medida. Por otra parte, únicamente las clases más bajas (clase IV, clase V y clase VI) son significativas al 5%. Tomando como referencia la clase social más alta compuesta por directores y gerentes de empresas con más de 10 asalariados y profesionales asociados a licenciaturas universitarias (clase I), se obtiene que a medida que desciende el estatus social, la salud percibida es peor.

En cuanto a hábitos saludables se refiere, sorprendentemente tener un peso por debajo del normal no es significativa a la hora de explicar el estado de salud. Por el contrario, las personas con sobrepeso y, en mayor medida, las obesas, presentan peor estado de salud que las que tienen un peso normal (variable de referencia). Por otra parte, practicar ejercicio físico tiene indudables efectos positivos para la salud, aunque practicar ejercicio ocasional o mensualmente no son variables significativas. Como ya se sabe, el tabaco es perjudicial para la salud y así queda recogido en el modelo. Fumar tiene efecto negativo para el estado de salud y, en menor medida, haber fumado. Distinto es el caso del alcohol que, cuando se considera la variable continua consumo medio diario de alcohol semanal, aparece con signo positivo aunque con parámetro cercano a cero. Cuestionando este resultado se probó a introducir una variable ficticia que tomará el valor 1 si el individuo toma cualquier cantidad de alcohol y 0 en caso contrario, pero se obtuvo un resultado similar. El hecho es que resulta difícil establecer un umbral a partir del cual se considere que el individuo bebe alcohol habitualmente.

**Tabla 3:** Estimación de la salud percibida

variable independ.	Mujeres y Hombres		Mujeres		Hombres	
	Nº observaciones: 18181 $R^2 = 0,259107$ $\bar{R}^2 = 0,256653$		Nº observaciones: 9319 $R^2 = 0,279150$ $\bar{R}^2 = 0,274557$		Nº observaciones: 8862 $R^2 = 0,230835$ $\bar{R}^2 = 0,225680$	
salud	Coef.	p-valor	Coef.	p-valor	Coef.	p-valor
edad	-0,31	0,00	-0,34	0,00	-0,27	0,00
clase II	-0,70	0,20	-1,02	0,20	-0,26	0,73
clase III	-0,89	0,05	-1,03	0,13	-0,84	0,18
clase IV	-1,08	0,031	-1,4	0,062	-0,57	0,39
clase V	-1,79	0,00	-2,44	0,00	-1,16	0,07
clase VI	-2,32	0,00	-2,94	0,00	-1,14	0,12
municipio 1	-0,06	0,92	-0,55	0,47	0,50	0,49
municipio 2	-1,06	0,06	-1,47	0,07	-0,65	0,40
municipio 3	-0,52	0,36	-0,63	0,44	-0,47	0,54
municipio 4	-0,17	0,74	-0,38	0,61	-0,03	0,96
municipio 5	0,23	0,67	0,03	0,97	0,40	0,59
municipio 6	0,46	0,36	0,18	0,80	0,51	0,45
Andalucía	-3,60	0,00	-4,14	0,00	-3,08	0,00
Aragón	-4,72	0,00	-4,92	0,00	-4,26	0,00
Asturias	-5,04	0,00	-3,64	0,00	-6,31	0,00
Baleares	-3,04	0,00	-2,55	0,03	-3,77	0,00
Canarias	-4,79	0,00	-4,51	0,00	-4,91	0,00
Cantabria	-1,28	0,00	-1,26	0,00	-0,13	0,00
C.Y.L.	-3,40	0,00	-3,63	0,00	-3,04	0,00
C.La Mancha	-0,31	0,00	-3,92	0,00	-2,45	0,01
Cataluña	-3,99	0,00	-4,62	0,00	-3,33	0,00
C.Valenciana	-1,27	0,03	-1,40	0,10	-1,07	0,18
Extremadura	-0,47	0,54	-0,18	0,87	-0,76	0,45
Galicia	-3,41	0,00	-3,14	0,00	-3,74	0,00
Murcia	-0,83	0,26	-0,15	0,89	-1,17	0,09
Navarra	-4,46	0,00	-3,93	0,00	-4,91	0,00
País Vasco	-3,30	0,00	-1,96	0,05	-4,32	0,00
Rioja	-0,59	0,47	-1,93	0,11	0,66	0,54
Ceuta y Melilla	-2,29	0,02	-2,48	0,09	-2,30	0,09
inactivo	-2,88	0,00	-2,33	0,00	3,40	0,00
parado 1	0,03	0,95	-0,64	0,43	0,54	0,44
parado 2	-2,45	0,00	-2,58	0,01	-2,46	0,01
nestudios 0	-9,64	0,00	-1,10	0,00	-4,81	0,01
nestudios 1	-2,87	0,00	-3,77	0,00	-1,45	0,02
nestudios 2	-0,23	0,50	-0,43	0,40	0,11	0,81
mujer	-1,65	0,00	-	-	-	-
extranjero	-2,63	0,00	2,50	0,00	2,68	0,00
jpartida	1,03	0,02	0,79	0,23	1,19	0,03
j.c.tarde	0,13	0,89	1,11	0,40	-1,14	0,44
j.c.noche	-1,18	0,05	1,36	0,15	0,98	0,20
j. reducida	0,30	0,76	0,28	0,81	-0,92	0,67
j.otro	0,39	0,61	0,65	0,59	0,43	0,65
funcionario	-0,08	0,90	-0,78	0,40	0,49	0,56
c.temporal	0,31	0,56	-0,77	0,32	1,42	0,04
sin contrato	-0,25	0,77	0,02	0,99	-0,61	0,65
empresario c.a.	-0,62	0,45	-0,89	0,57	-0,38	0,69
empresario s.a.	-0,53	0,36	-0,48	0,62	-0,53	0,44
a.familiar	-1,66	0,61	-4,51	0,28	4,19	0,43
m.cooperativa	0,64	0,86	-0,72	0,90	1,49	0,74
c.otro	-1,37	0,37	-1,94	0,37	-0,74	0,73
peso insuficiente	-1,24	0,16	-1,20	0,25	-0,38	0,04
sobrepeso	-1,08	0,00	-1,57	0,00	-0,12	0,74
obesidad	-4,48	0,00	-5,98	0,00	-2,49	0,00
alcohol	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ejercicio 0	-5,28	0,00	-5,15	0,00	-5,82	0,00
ejercicio 1	-0,72	0,12	-0,30	0,70	-1,76	0,00
ejercicio 2	-0,34	0,52	-0,09	0,92	-0,53	0,40
fumad	-1,06	0,00	-1,18	0,01	-1,60	0,00
fumand	-0,74	0,31	-0,65	0,57	-1,50	0,11
act.nofuma	-0,63	0,05	-0,41	0,44	-1,95	0,00



Centrándonos en el efecto de las variables relacionadas con el mercado de trabajo, es evidente que pertenecer a la población inactiva tiene influencia negativa en el estado de salud. Este resultado concuerda con el análisis descriptivo, sin embargo, no hay que olvidar que la población inactiva es un grupo muy heterogéneo formado por estudiantes, jubilados, discapacitados y personas dedicadas a las labores del hogar. Por el contrario, sólo es significativo estar parado más de dos años<sup>5</sup>, lo que también tiene impacto negativo para la salud, aunque con menor parámetro. Tomando como referencia la jornada continua por la mañana, las personas que trabajan con jornada partida presentan mejor estado de salud. Más sorprendente resulta el parámetro positivo y mayor de la jornada continua por la noche. El resto de turnos no son significativos. Por último, se puede concluir que los tipos de contrato o relaciones laborales tampoco son significativos al 5%.

A la vista de las diferencias entre hombres y mujeres y que la variable mujer aparece como significativa, se ha considerado oportuno repetir la regresión para ambos sexos de forma independiente con el fin de permitir que los diferentes determinantes tengan una influencia distinta sobre cada sexo.

Los resultados de la estimación de ambos sexos por separado también están recogidos en la Tabla 3. En primer lugar, de la observación del Coeficiente de Determinación Ajustado se deduce que el modelo de las mujeres predice algo mejor el estado de salud (0.274 frente a 0.225). Además, se mantienen algunos resultados ya comentados y la influencia de algunas variables no difieren entre el caso de los hombres y las mujeres: la influencia negativa de la edad, la no significación del tamaño del municipio, las diferencias entre Comunidades Autónomas y la mejor salud de la población extranjera. En cuanto al nivel educativo, en ambos casos no saber leer ni escribir o sólo tener estudios primarios afecta negativamente a la salud percibida, pero el impacto es mucho mayor en el sexo femenino. Por otro lado, mayor es la diferencia en el estatus social ya que en el caso de los varones ninguna clase social es significativa, mientras que para las mujeres, pertenecer a las clases sociales más bajas (clase V y clase VI) tiene influencia negativa en el estado de salud.

---

<sup>5</sup> Para el análisis econométrico se ha desglosado a la población parada en desempleados menos de 2 años o más de 2 años.

En lo que respecta a los hábitos de vida, también hay diferencias de género. Para las mujeres tener sobrepeso y, en mayor medida, obesidad, afecta negativamente a la salud, mientras que tener un peso inferior al normopeso no es significativo. Sin embargo, para el sexo masculino tener sobrepeso no es significativo y estar extremadamente delgado tiene mayor impacto negativo que tener obesidad. Este resultado concuerda con los estereotipos de la sociedad actual; las mujeres se sienten bien estando muy delgadas, al contrario que los hombres, que prefieren tener más masa corporal. Para el ejercicio, el tabaco y el alcohol se obtienen resultados similares que para el total de la muestra. Únicamente destacar que en el caso de los hombres, realizar deporte ocasionalmente sí es significativo para explicar la salud percibida y para las mujeres no y en el caso de las mujeres, ser exfumadora no aparece como significativa.

Atendiendo a las variables relacionadas con el empleo, parece claro que pertenecer a la población inactiva tiene influencia negativa para ambos sexos, aunque el parámetro es mayor para el sexo masculino. Este resultado podría deberse a que un porcentaje elevado de los hombres se encuentran en la población inactiva por accidente laboral o discapacidad mientras que en el caso de las mujeres predomina la dedicación a las labores del hogar. Por otra parte, de nuevo, solo es significativo estar parado más de dos años, que tiene influencia negativa para la salud y no es significativo estar desempleado menos de dos años. En relación a la jornada laboral, únicamente es significativa la jornada partida en el caso de los hombres, que tiene signo positivo. Esto puede reflejar la voluntariedad del tipo de jornada para ellos, mientras que, para ellas es algo impuesto por las circunstancias. De todos modos, para llegar a esta conclusión sería necesario realizar un análisis más profundo de esta cuestión. Para terminar, tomando como referencia el contrato indefinido, se obtiene que, para los varones, el contrato temporal tiene influencia positiva en el estado de salud. Este resultado podría deberse a la relación que existe entre este tipo de contratos con la juventud y las primeras experiencias laborales sobre todo en el caso de los hombres.

### 3. CONCLUSIONES

El trabajo que aquí se presenta trata de estudiar cómo distintos factores afectan a la salud de los españoles desde una perspectiva de género. Para ello, se han utilizado datos procedentes de la ENSE 2011/2012.

El uso de la información de la Encuesta Nacional de Salud tiene ventajas pero también algunos inconvenientes. En cuanto a las ventajas, el tamaño de la muestra, proporciona información de 26.502 personas, y la amplia información que esta encuesta proporciona sobre el estado de salud de los entrevistados (uso de servicios sanitarios, estilos de vida...). Además, se ha demostrado que la salud percibida es buen predictor de la morbilidad y de la mortalidad. En cuanto a las desventajas, en primer lugar, el carácter transversal de los datos impide ver la evolución a lo largo del tiempo que habría proporcionado mayor evidencia. En segundo lugar, la inclusión de los individuos que declararon tener un estado de salud regular en salud mala puede haber producido una sobreestimación de esta categoría.

El análisis descriptivo ha corroborado la mayoría de los resultados de otros trabajos empíricos: la nacionalidad, la educación y la ocupación son factores fundamentales a la hora de explicar las diferencias de salud en la población española. En el caso de la nacionalidad, se ha obtenido el resultado opuesto al esperado, si bien es cierto que la edad resulta esencial a la hora de explicar por qué la población extranjera presenta mejor estado de salud.

Del análisis econométrico se puede concluir que la salud es un proceso complejo que engloba numerosos factores. La mayoría de las variables elegidas son significativas para explicar el estado de salud de la población española. Por otra parte, repetir la estimación para ambos sexos por separado permite confirmar que existen algunas diferencias entre la salud de los hombres y la de las mujeres. La clase social y la educación resultan especialmente importantes a la hora de explicar la salud percibida. En este estudio, se ha observado la asociación entre clase social baja, nivel educativo bajo y mala salud percibida. Esta relación es mucho más fuerte en el caso de las mujeres, por la existencia de una peor salud diagnosticada y por factores como menor apoyo psicosocial, que pueden hacer que las mujeres con estudios educativos bajos tengan una mala percepción sobre su estado de salud (Aguilar Palacio, Carrera Lasfuentes y Rabanaque (2014)).

Después del estudio realizado, se puede concluir que la mejor forma de atajar las desigualdades en salud en general y, en particular, en materia de género, es apostar por políticas sociales dirigidas a conseguir mayor igualdad en educación y renta entre la población masculina y femenina. Aunque los hábitos de vida se han mostrado influyentes en el estado de salud, aún permanece una amplia influencia de las características socio-económicas que explican gran parte de las diferencias percibidas en salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P. y Rabanaque, M.J. (2014): «Salud percibida y nivel educativo en España: tendencia por comunidades autónomas y sexo (2001-2012) », *Gaceta Sanitaria*, 29, pp.37-43.
- Artazcoz, L. (2002): « Salud y género», *Documentación Social*, 127, pp.181-205.
- Avila-Agüero, M.L. (2009): « Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud», *Acta Médica Costarricense*, 51(2), pp.71-73.
- De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S. y Vizuite-Carrizosa, M. (2013): « El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española» *Universitas Psychologica*, 12(1), pp.31-40.
- García, A.M. (2010): «Mercado laboral y salud. Informe SEPAS 2010», *Gaceta Sanitaria*, 24, pp.62-67.
- Lasheras-Lozano, M.L, Pires-Alcaide, M. y Rodríguez-Gimena, M.M: «Género y Salud», *Instituto Andaluz de la Mujer*
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012*. Recuperado el 25 de marzo de 2016, de: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
- Navarro, R. (2009): «Los inmigrantes son más vulnerables a los problemas de salud en el trabajo», *Diario de Cádiz*, 09/07/09, pp.47.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud de la mujer*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de: [http://www.who.int/topics/womens\\_health/es/](http://www.who.int/topics/womens_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud. *Salud de la mujer: nota descriptiva nº334 (2013)*. Recuperado el 24 de abril de 2016, de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. *Género y Salud*. Recuperado el 20 de abril de 2016, de: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=article&id=116&Itemid=40815&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=116&Itemid=40815&lang=es)

- Rohlfs, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M., et al (2000): «La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud », *Gaceta Sanitaria*, 14, pp.146-155.
- Urbanos-Garrido, R.M. y López-Valcárcel, B. (2013): «Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles », *Estudios de Economía Aplicada*, 31-2, pp.303-326.